様式第１７号（第１５条、第１８条関係）

<table>
<tr><td colspan="14">自立支援医療費（更生・育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）
※1</td></tr>
<tr><td rowspan="3">障害者・児</td><td>フリガナ
受診者氏名</td><td colspan="3"></td><td>年齢</td><td>歳</td><td colspan="3">生年月日
年　月　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ
受診者住所</td><td colspan="5"></td><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診者が18歳未満の場合</td><td>フリガナ
保護者氏名</td><td colspan="5"></td><td>受診者との関係</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
保護者住所
※2</td><td colspan="5"></td><td>電話番号
※2</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">負担額に関する事項</td><td>受診者の加入医療保険の記号及び番号</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">保険者名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受診者と同一保険の加入者</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>受診者と同一保険の加入者個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>該当する所得区分
※3</td><td colspan="4">生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上</td><td>重度かつ継続※4</td><td colspan="3">該当　・　非該当</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳番号</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）</td><td colspan="4">医療機関名</td><td colspan="5">所在地・電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者番号　※５</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="14">私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
申請者氏名
年　月　日
（宛先）
土岐市長</td></tr>
</table>

※1　新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
※2　受診者本人と異なる場合に記入。
※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※4　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※5　再認定または変更の方のみ記入。

---------- ここから下の欄には記入しないでください。----------

自治体記入欄

<table>
<tr><td>申請受付年月日</td><td></td><td>進達年月日</td><td></td><td>認定年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>前回所得区分</td><td colspan="2">生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上</td><td>重度かつ継続</td><td colspan="2">該当　・　非該当</td></tr>
<tr><td>今回所得区分</td><td colspan="2">生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上</td><td>重度かつ継続</td><td colspan="2">該当　・　非該当</td></tr>
<tr><td>所得確認書類</td><td colspan="5">市町村民税課税証明書　市町村民税非課税証明書　標準負担額減額認定証
生活保護受給世帯の証明書　その他収入等を証明する書類（　　）</td></tr>
<tr><td>前回の受給者番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">今回の受給者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>